49e Année, IIIe Série, t. III. NUMERO 27. 7 juillet 1881

JOURNAL
DES
CONNAISSANCES MÉDICALES
PRATIQUES ET DE PHARMACOLOGIE

PARAISSANT TOUS LES JEUDIS
FONDÉ PAR LE Dr CAFFE
Publié par V. CORNIL
Professeur-agrégé de la Faculté de médecine,
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine, rédacteur en chef.

Secrétaire de la Rédaction : le Dr V. GALIPPE
Ancien chef du laboratoire des Hautes études
à l'École de pharmacie de Paris,
Membre de la Société de Biologie.

PRIX DE L'ABONNEMENT.

Paris et départements, 10 fr. — Union générale des postes, 12 fr. 50. — États-Unis, 14 fr. — Autres pays, 15 francs.

L'abonnement part du 1er de chaque mois.
Le No : 20 cent. — Par la poste : 25 cent.

ABONNEMENTS.

Pour ce qui concerne les abonnements et l'administration du Journal, s'adresser au docteur Galippe, 48, rue Sainte-Anne. Lundi, mercredi, vendredi, de 4 à 5 heures; mardi, jeudi, samedi, de midi à 1 heure.

SOMMAIRE DU NUMERO :

Se vend chez tous les libraires. — Dépôt à la librairie **Frédéric Henry**, 53, rue de l'Ecole-de-Médecine, qui reçoit les abonnements.

La séance de l'Académie.

Après la salle des ventes de la rue Drouot, je ne connais pas d'endroit plus mal ventilé que la salle des séances de l'Académie! L'air qu'on y respire y est chargé des émanations les plus variées et des moins suaves. Jamais nous n'avons vu l'Académie transpirer autant qu'aujourd'hui! A quoi cela sert-il d'être immortel?

Il y a cependant une section d'hygiène à l'Académie; à quoi songent les membres qui la composent? Tous paraissent cependant jouir de la parfaite possession de leurs facultés intellectuelles et autres. Mais voilà, dès que ces doctes académiciens commencent à ruisseler, ils prennent bravement leur chapeau et la fuite, laissant la presse en tête à tête avec la lecture d'un rapport officiel.

Sauf une légère escarmouche entre MM. Hardy et Théophile Roussel à propos de la pellagre, la séance a été très calme.

M. Roussel a fait depuis longtemps son siège et il ne veut point qu'on touche à l'étiologie qu'il a donnée de la pellagre; d'après lui, elle est la seule vraie, la seule bonne. M. Hardy a défendu son opinion avec cette verdeur qu'il met en toute chose et qui sort de la banalité des discussions académiques.

M. Peter a lu le discours qu'il a prononcé sur la tombe de Maurice Raynaud. Cette oraison funèbre se ressentait peut-être un peu trop de la précipitation inévitable qui avait présidé à sa confection. M. Peter est d'avis que ce qui a hâté la mort du jeune et regretté académicien, c'est le chagrin de n'avoir pas été nommé professeur. Espérons que ce mauvais exemple ne sera pas suivi et que, s'il est encore des candidats malheureux, ils auront le bon esprit de ne pas en mourir.

Le mot de la séance a été fait par l'aimable et spirituel professeur J. Regnauld. On discutait sur l'étiologie de la pellagre, et M. J. Regnauld s'épongeait rageusement le front; un de ses voisins se penchant de son côté lui demande : « Qu'en pensez-vous, cher ami? » — « Moi! ça me laisse froid! »

PATHOLOGIE EXTERNE

Quelques cas de chirurgie au Havre (juillet 1880-juillet 1881).

(Suite.)

25 novembre 1880. — *Ostéotomie totale et cunéiforme du tibia; ostéoclasie du péroné.* — Les réflexions que m'ont suggéré le procédé de J. Bœckel relativement à l'emploi de l'ostéotomie cunéiforme appliquée au genu valgum ne sauraient faire croire toutefois à une préférence exclusive de ma part pour l'ostéotomie linéaire et sous-cutanée.

Que, débutant dans ce genre d'opérations, j'aie trouvé la section linéaire plus simple, plus rationnelle même, le fait n'aurait rien qui pût étonner, J. Bœckel ayant lui aussi débuté par de simples sections. Mais où je trouve dans le chirurgien de Strasbourg une certaine tendance à l'exclusivisme, c'est dans la faveur qu'il accorde aujourd'hui à sa seconde méthode de l'ostéotomie totale, et dans l'application qu'il en fait au genu valgum. Pourquoi ne pas s'en tenir à une imitation de la nature? J'ai, l'an dernier, rencontré dans ma clientèle une enfant de 10 ans, qui, par suite d'une « maladie d'enfance » boitait beaucoup et marchait difficilement. Une chute dans un escalier amena une fracture de cuisse pour laquelle je fus appelé. Au bout de quelques semaines le membre avait repris sa solidité; la courbure du fémur qui déterminait antérieurement la claudication avait disparu, et l'enfant ne boitait plus.

Ainsi agissent l'ostéoclasie manuelle et l'appareil Collin. Toutefois le voisinage de l'articulation du genou rendrait une fracture difficile et dangereuse, si on ne pouvait compter sur le décollement de l'épiphyse et de la diaphyse, décollement facilement obtenu dans l'enfance. Si, dans deux cas, j'ai préféré l'ostéotomie à l'ostéoclasie, c'est que les sujets étaient âgés de plus de 17 ans, et que je n'étais pas certain d'obtenir un décollement épiphysaire. La section simple étant ce qui se rapproche le plus de la fracture, je devais la préférer.

Ajoutons qu'au fémur, la largeur de la plaie osseuse assure un point d'appui suffisant pour faire basculer les deux fragments dans des limites permettant le redressement de déviations considérables.

Au contraire, en d'autres régions du squelette, la section osseuse étant plus étroite, il y a lieu de redouter, dans la courbure prononcée, un chevauchement des deux fragments, ce qui exposerait à un raccourcissement notable et nécessiterait une extension quelquefois difficile à établir.

Dans les cas de cette nature, je préfère l'ostéotomie cunéiforme et totale, comme le montre l'observation suivante :

Gustave Montanet, âgé de 47 ans, demeurant au Havre depuis huit ans, a toujours joui d'une santé excellente. Il mentionne, toutefois, une hémoptysie survenue à 35 ans, qui ne s'est point renouvelée. Rien dans les antécédents ne permet de penser à une tuberculose latente acquise ou héréditaire.

A l'âge de 7 ans, il s'est fracturé la cuisse droite, et il en est résulté un léger raccourcissement, déterminant un peu de claudication quand le sujet a fait une longue marche.

Le 17 juillet 1879, accident grave au pied droit. A ce moment commence l'histoire des péripéties qui ont amené notre intervention.

En descendant de voiture, le blessé s'est déterminé une luxation double de l'astragale en avant et en dehors avec fracture de cet os et de la malléole interne.

Le pied est dans une adduction tellement prononcée que le calcanéum vient presque effleurer le tibia à quelques centimètres au-dessus de la malléole interne. La plante regarde directement en dedans et la pointe est portée en dedans et en bas. En outre, le pied paraît plus long et le peroné fait en dehors une saillie considérable. La tête et la poulie articulaire de l'astragale se sentent très nettement à la partie antérieure et externe de la malléole péronière. En cet endroit la peau est tendue, amincie, comme prête à se déchirer.

C'est en cet état que le blessé arriva à l'hôpital, dans le service du chirurgien que je suppléais.

Après quelques efforts de redressement, le malade n'étant pas chloroformé, je pus réduire l'astragale, le fragment externe rentrant le premier et déterminant une crépitation très nette. Le pied alors reprit la position normale; mais l'arrachement du ligament latéral externe de l'articulation tibio-tarsienne et la fracture de la malléole interne expliquent la tendance très grande qu'avait le pied à reprendre sa position vicieuse.

Je fis appliquer un bandage afin d'immobiliser le membre réduit et, six jours après, le gonflement ayant disparu, on fixa le pied et la jambe dans un appareil plâtré. Deux jours après, je remettais le service entre les mains du titulaire.

Quand on leva l'appareil, — au seizième jour, — on constata une gangrène étendue des péroniers latéraux et une eschare profonde du talon. Le pied sans être aussi luxé qu'au moment de l'accident était toutefois en semi-luxation prononcée, et dans cette position ne pouvait être d'aucune utilité. La présence des eschares empêchant peut-être toute tentative nouvelle de réduction, l'amputation seule fut proposée. Plusieurs médecins et chirurgiens, tant de l'hôpital que de la ville, furent appelés à voir le blessé, et tous se prononcèrent pour l'amputation.

Sur mon conseil, elle fut absolument refusée.

La cicatrisation des plaies fut longue, et n'était pas encore entièrement terminée quand le malade sortit de l'hôpital, le 14 février 1880, sept mois après son entrée.

A cette époque, les péroniers étant détruits, le jambier antérieur, par manque d'équilibre, avait entraîné le bord interne du pied en haut et en dedans; la subluxation de l'astragale et l'écrasement de la malléole interne avaient porté le talon aussi en haut et en dedans; le bord externe du pied reposait sur le sol, surtout vers la pointe représentée par le petit orteil; le gros orteil, au contraire, était à la hauteur du talon, relevé comme je l'ai dit. Les mouvements de l'articulation étaient à peu près nuls.

L'aspect général était celui d'un pied bot varus équin.

Cette situation était encore aggravée par le gonflement considérable de la jambe, par l'œdème de l'avant-pied et par la sensibilité extrême des orteils, incapables du moindre mouvement.

En un pareil état, la marche était impossible, et, quand les plaies furent cicatrisées, le blessé dut recourir à l'usage des béquilles.

Le printemps et l'été se passèrent ainsi, et le malade ne voyait plus de ressource que dans l'amputation, quand je lui proposai l'ostéotomie, qu'il s'empressa d'accepter.

Le 25 novembre 1880, à 10 heures du matin, le malade est chloroformisé. MM. les Drs Lecam, Lecesne, Gérard, Laurent et Pavilewicz, assistent à l'opération.

L'anesthésie obtenue, j'essaie de redresser le pied à l'aide d'une forte pression exercée avec les mains. Toutes les tentatives restant infructueuses, je fais une incision longitudinale de 5 centimètres, commençant à 3 centimètres de la mortaise tibiale, à un demi-centimètre en dedans de la crête du tibia, et parallèle à ce point de repère. Cette incision, allant du premier coup jusqu'à l'os, intéressait le périoste, qui fut alors récliné à l'aide du détachement du tendon de Ollier. Ce temps de l'opération demanda une dizaine de minutes. Le périoste était assez adhérent, et notablement vasculaire. Bien que je n'aie point jugé à propos d'employer la bande d'Esmarch, il n'y eut point d'hémorrhagie.

Le périoste décollé, j'appliquai un fort ciseau mesurant 25 millimètres de largeur sur l'os. L'écartement des bords de la plaie n'étant pas suffisant, et le ciseau menaçant d'entamer la peau, je prolongeai mon incision vers le genou, dans une longueur de 2 centimètres; j'achevai le décollement du périoste et appliquai obliquement le ciseau, pour pratiquer une première section inférieure et oblique de haut en bas et de dedans en dehors. A ce moment, le malade, qui s'était endormi très difficilement, éprouve une syncope. Le cœur et la respiration s'arrêtent, le facies s'altère rapidement, prenant l'aspect cadavérique. Quelques soins, rapidement donnés, font cesser ces symptômes alarmants, et l'opération est continuée.

Le ciseau, appliqué alternativement dans les deux sections supérieure et inférieure que j'ai pratiquées dans l'os, me permet d'enlever un coin en forme de V. Ces sections sont facilement faites à l'aide du maillet de plomb. L'écoulement de sang déterminé par la rupture des trabécules osseuses est peu considérable.

L'excision faite, je cherche à rompre l'os; mais la résistance est trop grande encore, et force est d'en enlever une nouvelle portion. Le canal médullaire est largement entamé, ainsi que le segment postérieur du cylindre osseux, que je ne sectionne pas complètement. Je n'ai plus alors qu'une très faible résistance à vaincre, déterminée par la légère lamelle que j'ai respectée. Le péroné s'opposant encore à ce que le pied fût ramené dans une direction utilisable, j'en détermine la fracture, qui donne lieu à une crépitation caractérisque, perçue par tous les assistants. L'écartement des deux fragments du tibia est de 20 à 25 millimètres. Ces deux fragments n'ont point de tendance au chevauchement.

L'opération, chloroformisation comprise, a duré trois quarts d'heure.

Elle a été faite sous le jet phéniqué de Lister, et après réunion par quelques points de suture entortillée (épingle et soie phéniquée), la plaie est pansée d'après la même méthode. Le malade n'a perdu qu'une quantité de sang insignifiante.

Le membre est placé dans une gouttière métallique ouatée.

Le malade, transporté dans son lit, se réveille rapidement, et n'accuse aucune douleur. Vessie de glace.

L'après-midi se passe tranquillement. Quelques soubresauts. Le soir, la température est à 38,2, et le pouls indique 78 pulsations.

Le 26 novembre. Pansement à 9 heures du matin. Pas de douleur. Abondant épanchement de liquide plastique; un peu de sang au-dessous du protective. Température du matin, 37,2. Pouls, 70.

La journée est tranquillement passée. Température du soir, 38°. Pouls, 70.

Le 27 novembre. Au pansement, je constate un gonflement assez notable de la jambe et du pied, les sutures semblent un peu bridées. Toujours de la sérosité et du sang, mais pas de suppuration. J'enlève une épingle qui semble irriter la plaie. Le malade est allé à la garde-robe pendant la nuit. Température du matin, 37,7. Pouls, 70. Température du soir, 38°. Pouls, 70.

Le 28 novembre. État général très satisfaisant, langue belle, appétit, etc. Pas de douleur. Dort bien la nuit. La jambe est en bon état. Je ne fais pas de pansement. Température du matin, 37,4. Pouls, 64. Température du soir, 37,8. Pouls, 60.

Le 29 novembre. Au pansement, j'enlève les sutures. Réunion par première intention de toute la plaie. Quelques fils de soie phéniquée, que j'avais laissés à l'angle inférieur de la plaie, en manière de drain, sont retirés. État local très satisfaisant; la jambe a beaucoup diminué. Température du matin, 36,9. Pouls, 59. Température du soir, 37°. Pouls, 69.

Le 30 novembre. Au matin, le malade est allé à la garde-robe. Le fait de la réunion par première intention est constaté par MM. les Drs Gibert et Lecesne, qui assistaient au pansement. Les fils de suture, qui avaient été laissés sur la plaie comme soutien, sont enlevés. Le pied est dans une bonne direction. Il est possible, vu l'état de la jambe, de sentir le chevauchement des fragments du péroné, qui a subi un mouvement de torsion portant le fragment inférieur en haut et en avant. L'état général est toujours excellent. Température du matin, 36,6. Pouls, 60. Température du soir, 37,5. Pouls, 68.

Du 1er décembre au 25 décembre. Rien d'intéressant à noter; la consolidation suit une marche normale. Le pied est parfaitement redressé; les douleurs sont très rares. La plaie se cicatrise complètement. Le thermomètre varie entre 36,6 et 37,4, le pouls entre 60 et 80.

Le 27 décembre. Le blessé, sentant sa jambe suffisamment solide, pense à rentrer chez lui (l'opération avait eu lieu dans un local que j'avais mis à la disposition du malade). Le transport s'effectue dans de bonnes conditions.

Depuis lors, la consolidation s'est affirmée. La marche, d'abord avec deux cannes, puis par un seul bâton, est devenue facile, et, moyennant une semelle de 2 centimètres de hauteur, le malade peut maintenant marcher sans aucun soutien.

Je crois toutefois qu'une ulcération, au niveau de la malléole péronière, s'est produite à la suite d'une marche trop prolongée. Mais ce léger accident n'a entravé en rien le résultat obtenu, et maintenant le blessé, en pleine jouissance de son membre, ne regrette plus d'avoir résisté aux conseils qu'il avait reçu de se laisser amputer.

L'observation qu'on vient de lire se recommande surtout à l'attention du lecteur par les péripétiesqui ontprécédé l'opération.

Certes, il n'est point rare, même entre les mains les plus habiles, de voir le plâtre déterminer des accidents. Mais, dans

l'espèce, je me suis souvent demandé si l'appareil seul devait être mis en cause, et si la distension subie par les filets nerveux, au moment de la luxation du pied, ne pouvait pas entrer pour quelque chose dans la nécrose des péroniers. Mon avis, à cet égard, s'appuie sur l'aspect qu'avait pris le pied, sur la sensibilité anormale des orteils, et sur l'apparition des phlyctènes sur le dos du pied, phlyctènes suivies elles-mêmes de petites eschares profondes. Cela me rappelait assez les troubles trophiques dont je me suis occupé dans ma thèse (*Des difformités des doigts*, 1875), au sujet des affections dactyliennes et la lèpre.

Quoi qu'il en soit, devant l'impossibilité où l'on se croyait de ramener le pied dans une meilleure direction, à cause des eschares, trois procédés se présentaient, de débarrasser le malade de ses béquilles : l'amputation, l'ostéo-arthrotomie, et l'ostéotomie cunéiforme.

L'amputation, procédé radical, d'une simplicité manifeste, mais présentant au point de vue du pronostic une gravité bien plus grande que l'ostéotomie. Car, si l'amputation secondaire est relativement bénigne, il ne faut pas oublier qu'en amenant dans l'économie tout entière une perturbation, elle détermine souvent dans cet âge, relativement avancé, des accidents mortels. D'ailleurs, le pied, remis en situation de servir à la marche par l'ostéotomie, pouvait être considéré comme un pilon fixé au tibia, et dispensait de toute manifestation, et point n'est besoin de rappeler la satisfaction morale qu'éprouve tout blessé en conservant un membre menacé.

L'ostéo-arthrotomie ne me semblait point indiquée, pour cette raison que l'articulation, presque complètement ankylosée, ne l'était point assez pour faire penser à une ankylose osseuse. La destruction des péroniers latéraux ne permettait pas, en outre, d'espérer que l'on pût maintenir le pied dans une bonne situation, après restauration de l'articulation.

L'ostéotomie, à quelques centimètres au-dessus de l'article, avait, il est vrai, l'inconvénient de déterminer une *courbure de compensation* disgracieuse, et de prouver davantage le raccourcissement du membre; mais elle mettait le malade à l'abri de redoutables complications, redressait le pied, assurait la marche d'une façon certaine, et n'exposait point au danger d'une arthrite aiguë, ou de la production d'une déviation nouvelle.

Quant à l'opération en elle-même, certains s'étonneront peut-être de voir qu'apres avoir sectionné le tibia je n'ai pas fait également l'ostéotomie du péroné. Je répondrai que des expériences faites à Clamart dans le laboratoire de M. Tillaux, avec le concours de M. E. Notta, m'avaient permis de reconnaître combien est facile la fracture du péroné et comment il est presque impossible avec le ciseau de ne pas léser l'artère premiére.

On peut le remarquer, je n'aime pas à employer la bande d'Esmarch, quand il s'agit d'ostéotomies, mais il me faut, par cela même, prendre certaines précautions et surtout épargner les artères importantes.

Deux mots quant au pansement : la gravité des eschares déterminées par l'appareil plâtré, lors du premier accident, expliquent surabondamment pourquoi je me suis contenté de mettre simplement le membre dans une gouttière métallique ouatée.

Ce qui, dans cette observation, doit surtout être mentionné, c'est que sans amputation le malade a pu marcher, grâce à l'ostéotomie.

(*A suivre.*) Dr Beauregard.

GYNÉCOLOGIE

Etude sur l'opération d'Emmet, par le Dr Marc Fage.

Tous les médecins qui se sont occupés des maladies des femmes ont certainement été frappés de la longue durée de certaines affections utérines contre lesquelles les traitements les plus intelligemment dirigés, les soins les plus persévérants semblent n'avoir qu'une efficacité médiocre. Parmi ces affections s'en trouve une prise pendant fort longtemps pour une métrite chronique avec ulcérations du col traitée comme telles; les symptômes disparaissaient momentanément pour reparaître aussitôt que l'on cessait la médication, car la cause passant inaperçue, on ne l'attaquait pas directement. Nous avons nommé la déchirure du col utérin.

La fréquence de la déchirure du col utérin a été reconnue par tous les accoucheurs et gynécologistes en tant que lésion se produisant pendant l'accouchement, mais on y a attaché peu d'importance au point de vue de son entité morbide, de ses conséquences ultérieures, de son retentissement sur la circulation et l'innervation utérine amenant à la longue des symptômes qui détournent l'attention des médecins de sa véritable cause.

C'est surtout l'Ecole gynécologique américaine qui étudia cette question, et c'est le Dr Th. Addis Emmet, de New-York, qui le premier conçut et pratiqua, le 28 novembre 1862, l'opération destinée à réparer la déchirure du col et à faire disparaître les symptômes qui en étaient la conséquence. M. le Dr Tarnier est le premier en France qui ait pratiqué cette opération.

La déchirure du col peut être occasionnée par la rapidité de l'accouchement; par suite de l'intervention de l'accoucheur. Cette intervention peut avoir pour but de rompre la poche des eaux, de faire une version, d'appliquer le forceps. Dans ce dernier cas, la rupture peut se faire, soit au moment de l'introduction des branches, soit au moment des tractions. Certains états du col prédisposent à la déchirure; tels sont le cancer, les corps fibreux du col, la présence d'anciennes cicatrices, etc.

La déchirure peut être latérale, porte sur une seule lèvre (gauche ou droite) bilatérale, antérieure ou postérieure. Elle siège ordinairement du côté où s'est dégagée la partie fœtale qui présentait les plus grandes dimensions; c'est ainsi qu'on explique la fréquence des déchirures à gauche. Quant à l'étendue de la déchirure, elle est très variable, tantôt limitée au col, tantôt au col et à l'utérus, tantôt même elle peut s'étendre vers le vagin.

Très souvent ces déchirures guérissent seules, surtout celles qui siègent à la lèvre antérieure ou postérieure et celles qui sont peu étendues (fissures). Il y en a toutefois un grand nombre qui ne guérissent pas. Fort souvent elles passent inaperçues pendant plusieurs mois et ne font pas souffrir les malades. Mais ordinairement, au bout d'un temps variable, ces déchirures manifestent leur présence par des symptômes variés: sensation de pesanteur dans le bassin, leucorrhée, troubles de la menstruation, règles douloureuses, etc. On examine la malade, on trouve un col gros avec ulcération et granulation. On pourrait par erreur porter le diagnostic de métrite chronique ou d'ulcération du col. Au toucher, il est assez facile de reconnaître la déchirure, son étendue, sa direction; et par le spéculum, on juge des indications opératoires, on voit le degré d'ectropion des lèvres. On fait le diagnostic au moyen du spéculum de Cusco en serrant les valves et les attirant un peu en avant ou au moyen de deux érignes; par cette manœuvre on fait disparaître l'ectropion.

L'opération sera indiquée quand il y aura une large déchirure avec ectropion et accompagnée de complications.

Il faut de plus considérer que cette déchirure prédispose à la stérilité, aux avortements et peut devenir le point de départ d'une affection maligne. L'opération doit, en général, être faite tardivement, mais la distance entre l'accouchement et l'opération est difficile à déterminer et varie suivant les cas. Il faut tout d'abord faire suivre à la malade un traitement préparatoire dans lequel les douches chaudes joueront le plus grand rôle; ce traitement est indispensable dans les cas où il y a congestion utérine. On emploiera

en outre le badigeonnage du col avec la teinture d'iode, ou les applications de tannin.

Il ne faut opérer que trois ou quatre jours après la disparition des règles de la malade. Pour opérer la femme sera couchée dans le décubitus latéral, le spéculum de Bozeman placé, et le col attiré en bas au moyen d'une pince de Musseux, de manière à pouvoir opérer à la vulve. On fera au bistouri l'avivement des deux lèvres de la déchirure, puis on rapprochera les deux surfaces avivées et on les maintiendra affrontées au moyen de fils d'argent. Il faudra évidemment surveiller la malade pour parer dès le début aux moindres accidents qui pourraient survenir. De plus, il ne faut point s'étonner si les règles avancent, c'est là un fait qu'on observe fréquemment quand on opère sur les organes génitaux. Les fils seront laissés en place pendant huit ou dix jours. Ainsi faite, l'opération d'Emmet a donné de bons résultats.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Programme.

(Suite.)

Influence des fonctions. — J'ai dit que les maladies du groupe supérieur qui agissent en raison directe de la nutrition sont accrues par les circonstances qui augmentent la nutrition et diminuées par les circonstances contraires, tandis que les maladies du groupe inférieur qui agissent en raison inverse de la nutrition sont accrues par les circonstances qui diminuent la nutrition et diminuées par les circonstances contraires. Je puis maintenant, suivant un ordre inverse, prouver que les circonstances physiologiques et mésologiques, qui augmentent la nutrition, augmentent les maladies du premier groupe et diminuent celles du second groupe, tandis que les circonstances contraires, qui diminuent la nutrition, augmentent les maladies du second groupe et diminuent celles du premier.

Alimentation. — Prenons l'alimentation, par exemple, qui augmente la nutrition : elle augmente les maladies du premier groupe et diminue celles du second. Je n'en veux pour preuve que ce qui se passe dans l'armée française depuis qu'une loi de 1873 a accru la nutrition des soldats en portant leur ration alimentaire à 500 grammes de viande par jour. Depuis que cette loi est appliquée, les médecins militaires constatent que la fièvre typhoïde fait plus de victimes dans l'armée qu'avant 1873 et qu'au contraire la phthisie en fait moins. Ainsi l'augmentation de la nutrition des soldats a eu pour effet de rendre plus meurtrière la fièvre typhoïde, maladie en raison directe de la nutrition, et moins meurtrière la phthisie, maladie en raison inverse.

L'alimentation augmente donc les maladies en raison de la nutrition. Dans les maladies à paroxysmes, fièvres, etc., Hippocrate, Arétée de Cappadoce, Actuarius ont recommandé de ne pas donner d'aliments pendant les exacerbations. De même, la goutte présentant toujours un caractère exacerbant vers le soir, Sydenham et Mead ne permettaient pas de repas aux goutteux à une heure avancée de la soirée. La grande peste qui sévit à Avignon, en 1348, tua beaucoup d'Espagnols, à cause de leur gourmandise et de leurs excès (Michon, thèse, Paris, 1860). La syphilis a un caractère inflammatoire et aigu chez les gens qui se nourrissent bien (Poyet).

D'autre part, l'alimentation diminue les maladies en raison inverse de la nutrition. L'alimentation animale combat l'œdème, la phthisie, etc.

Au contraire, le défaut d'aliments, l'alimentation insuffisante engendrent et augmentent les maladies en raison inverse de la nutrition : maladies chroniques, phthisie, œdème, hydropisie des séreuses, diarrhée, scorbut. On sait combien ces deux dernières maladies ont sévi pendant le siège de Paris. « Une alimentation insuffisante prédispose aux maladies chroniques » (Hardy et Béhier).

D'autre part, le défaut d'aliment prévient et diminue les maladies en raison directe de la nutrition : goutte, saturnisme. L'alimentation végétale guérit la goutte (Dr Dock). La diète diminue les accidents saturnins. « L'alimentation insuffisante imprime aux maladies une forme adynamique » (Hardy et Behier). C'est ainsi que la pneumonie, pendant le siège de Paris, a revêtu la forme typhoïde et adynamique.

Fonctionnement et repos. — Le fonctionnement (suivi de réparation) augmentant la nutrition provoque et accroît les maladies en raison directe de la nutrition. Un organe trop exercé finit par s'enflammer. L'exercice est nuisible aux fébricitants (Hippocrate). Chez un fiévreux, tout organe qui fonctionne ne tarde pas à s'enflammer. Un malade atteint de fièvre typhoïde, ayant lu un journal, n'a pas vu clair pendant tout un jour. L'exercice exagéré transforme en morve aiguë la morve chronique.

Je connais un goutteux qui se donne à volonté un accès de goutte au poignet droit en faisant le moulinet pendant une minute seulement. Pour faire revenir la goutte au pied, il suffit de marcher beaucoup.

Le fonctionnement d'une main piquée par un *cousin* accroît les accidents dus à la piqûre. Un chien de chasse qui a beaucoup couru étant piqué par une vipère tombe comme foudroyé

Le fonctionnement localise les manifestations de la goutte, du saturnisme, de la syphilis dans les organes exercés. La goutte frappe l'organe le plus actif. (Mortimer Granville). L'iritis syphilitique s'observe chez les individus qui lisent beaucoup (Langlebert); la paralysie des extenseurs frappe les peintres en bâtiments qui travaillent surtout des extenseurs dans l'exercice de leur profession, etc. Dans chaque profession la syphilis, le saturnisme affectent les muscles qui sont le plus exercés, « la partie qui fatigue le plus. » Le chant localise l'action de l'alcool, du tabac, de la syphilis sur le larynx.

D'autre part, le fonctionnement prévient et diminue les maladies en raison inverse de la nutrition : maladies chroniques, phthisie, anémie. Les singes du Jardin des Plantes périssent moins de phthisie depuis qu'on a agrandi leur cage. L'exercice de la voix prévient et combat la phthisie (Burq, Lombard). La gymnastique combat la phthisie, la chlorose, la chorée Blache, G. Sée).

En somme, « l'exercice physiologique produit le même effet que le tempérament sanguin » (Hardy et Béhier).

Au contraire, d'après les mêmes auteurs, le repos produit le même effet que le tempérament lymphatique. L'inactivité organique diminuant la nutrition provoque et augmente les maladies en raison inverse de la nutrition Ainsi se produisent le cancer de la peau et des reins (Dereins, thèse Paris, 1860), le cancer et le kyste de la mamelle, de l'utérus (Lorain), la phthisie qui est très commune chez les individus exerçant des professions sédentaires.

D'autre part, le repos prévient et diminue les maladies en raison directe de la nutrition : phlegmasies, etc. Pendant la phase inflammatoire d'une arthrite, les chirurgiens immobilisent l'articulation enflammée. « L'immobilisation est l'antiphlogistique par excellence » Tillaux). « Il est bon d'employer l'obscurité dans les rétinites aiguës. Il est indiqué de faire usage de la lumière dans les rétinites et les kératites chroniques » (Rouslan).

On comprend que les organes soient prédisposés pendant leur période d'activité aux phlegmons, phlegmasies, etc., et pendant leur période d'inactivité à l'atrophie, au cancer, etc.

Décubitus. La situation déclive d'un organisme ou d'un organe favorisant sa nutrition provoque et augmente les maladies en raison de la nutrition : congestions, inflammations, accès de goutte, alcoolisme (la fixation au lit est la mort de l'alcoolique, Magnan), et diminue les maladies en raison inverse : phthisie

rhumatisme. Les phthisiques se couchent sur le côté euvahi par les tubercules. « Ceux qui ont un rhumatisme au dos se tiennent de façon à ce que le sang aille dans la partie malade » (Hérard).

Au contraire la situation elevée augmente les maladies en raison inverse de la nutrition (dans le décubitus, les mouvements choreiques sont plus intenses que lorsque le malade est assis ou debout, Long), et diminue les maladies en raison directe : panaris (Gardy) Quand une inflammation siège aux membres inférieurs, on recommande le décubitus.

Menstruation, ménopause. — Ce que j'ai dit du repos et du fonctionnement est applicable à la menstruation et à la ménopause. La menstruation, qui normalement diminue la nutrition, d'une part, provoque ou accroît les maladies en raison inverse de la nutrition : névralgie (Depaul et Gueniot), épilepsie (Marrotte), hystérie (Beau, Briquet), tuberculose (Depaul et Gueniot), rhumatisme chronique, maladies chroniques ; d'autre part, prévient ou diminue les maladies en raison directe : saturnisme, goutte, etc.

Au contraire, la cessation de la menstruation, augmentant normalement la nutrition, d'une part, provoque ou augmente les maladies en raison directe de la nutrition : pneumonie (Brierre de Boismont), goutte, congestions locales, flux, etc. ; d'autre part, prévient ou diminue les maladies en raison inverse : rhumatisme, névralgie (Laborde).

Influence des milieux. Prenons maintenant des circonstances mesologiques, comme le matin et le soir, l'été et l'hiver, les climats chauds et les froids,

Matin. Soir. — Le matin qui normalement diminue la nutrition augmente les maladies en raison inverse de la nutrition : maladies chroniques ; phlegmasies chroniques (le maximum de température a lieu le matin), anémie, phthisie, névralgie non congestive, scrofule. « L'ophthalmie scrofuleuse est la seule dont les acerbations se montrent se montrent le matin » (Stober).

D'autre part, le matin diminue les maladies en raison directe : maladies aiguës, phlegmasies aiguës, empoisonnements, etc.

Le soir, au contraire, augmentant la nutrition, augmente les maladies en raison directe de la nutrition ; maladies aigues : fièvres, phlegmasies, congestions Toutes les intoxications, qu'il s'agisse de poisons, de venins ou même de virus, sont plus intenses le soir que le matin. « Les alcooliques ont leurs hallucinations la nuit » (Magnan). Les coliques de plomb deviennent plus aiguës le soir et cessent à quatre heures du matin. Il en est de même des douleurs d'origine syphilitique et des manifestations de la goutte.

Le soir diminue les maladies en raison inverse de la nutrition : anémie, névralgie non congestive, phthisie.

Au point de vue qui nous occupe, on peut donc diviser les maladies en maladies du soir en raison directe de la nutrition, et maladies du matin, en raison inverse. Tous les saturnins soignés dans les hôpitaux s'accordent à dire que leurs coliques cessent à quatre heures du matin, c'est-à-dire précisément à l'heure où les phthisiques, après avoir bien dormi, se remettent à tousser.

Eté. Hiver. — On pourrait les diviser aussi en maladies de l'hiver et maladies de l'été.

L'hiver, augmentant la nutrition (Malassez), engendre et augmente les maladies en raison de la nutrition : maladies aiguës, phlegmasies. Le maximum de fièvre se produit en février, qui en latin se dit *feber*, fièvre. « Le froid sec imprime aux maladies le caractère inflammatoire ; l'hiver prédispose aux inflammations » (Hardy et Béhier). « En hiver, les phlegmasies thoraciques et les autres maladies inflammatoires sont plus frequentes » (Schnurrer). On ne peut connaître la nature des maladies que d'après la constitution atmosphérique qui a précédé » (Hippocrate). « Au printemps, on est pléthorique et les inflammations sont communes » (Furster). Les maladies inflammatoires sont plus communes au printemps (Andral, Grisolle, Béhier). La pneumonie est très fréquente en hiver et au printemps (Hippocrate). Les fièvres éruptives subissent un mouvement ascensonnel pendant l'hiver (Besnier). La goutte est plus intense l'hiver que l'été.

L'hiver prévient et diminue les maladies en raison inverse de la nutrition : anémie, névralgie, phthisie, rhumatisme, maladies chroniques. « L'arrivée de l'hiver guérit les maladies de l'été » (Hippocrate).

Au contraire, l'été, diminuant la nutrition en nous enlevant 500,000 globules rouges par millimètre cube (Malassez), engendre et augmente les maladies en raison inverse de la nutrition : maladies chroniques, anémie, chlorose, névralgie, phthisie, rhumatisme. Le rhumatisme s'observe surtout en mai, juin, juillet.

D'autre part, l'été prévient et diminue les maladies en raison directe de la nutrition : maladies aiguës. L'arrivée de l'eté change les maladies de l'hiver (Hippocrate). On sait que les pneumonies sont rares l'été. Dans cette saison, la fièvre typhoïde présente la forme adynamique, et les accès de goutte sont bien moins fréquents qu'en hiver.

(*A suivre.*) G. Delaunay.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 *juillet* 1881. — Présidence de M. Legouest.

1° M. le Dr **Lamarre** présente à l'Académie un appareil destiné à pratiquer des insufflations, propre, suivant lui, à rendre des services aux noyés et aux asphyxiés adultes.

2° Une note intitulée : Analyse de l'air d'une chambre chauffée par deux systèmes de calorifères, l'un de système américain, l'autre modifié par le Dr **Godefroy**.

M. **Théophile Roussel**, à l'occasion de la communication faite par M. **Hardy** dans la précédente séance, rappelle ses travaux personnels qu'il résume ainsi : La séméiologie de la pellagre comprend deux séries chronologiques de phénomènes qui caractérisent deux états pathologiques successifs :

1° Une maladie primitive dont la marche et les progrès sont déterminés par la répétition des intoxications qui la produisent.

2° Un état cachectique consécutif, résultat complexe des intoxications, des conditions déprimantes au milieu desquelles la maladie toxique s'est développée.

L'observation d'alcoolisme produite par M. le professeur **Hardy** a certainement de remarquables analogies avec ce dernier état. Il n'a rien de commun avec la pellagre primitive toxique des pays de maïs ; c'est encore un cas de pseudo-pellagre.

M. **Hardy** pense qu'il n'y a pas lieu de discuter dès maintenant la question de l'étiologie et du diagnostic de la pellagre. Il voudrait simplement dire quelques mots sur la question de la délimitation des spèces nosologiques. Deux sources peuvent contribuer à cette délimitation : 1° l'anatomie pathologique ; 2° l'étude clinique. Celle-ci fournit un groupe symptomatique qui permet de donner un nom à l'affection qui la présente. Dans la pellagre, la source anatomo-pathologique manque ; l'examen des lésions ne présente, en effet, rien de spécial : rougeur et ulcération de l'estomac et de l'intestin, rougeur et ramollissement des centres nerveux, etc.

Mais, lorsque l'examen clinique permet de réunir un ensemble de symptômes composant les caractères principaux de la pellagre : phénomènes nerveux, troubles gastriques et intestinaux, affection cutanée spéciale que l'on ne trouve dans aucune autre maladie, lors que cet ensemble symptomatique se trouve réuni, on a bien le droit de dire que le malade est atteint de pellagre. M. **Hardy** soutient qu'il n'y a entre M. **Roussel** et lui qu'une question d'étiologie. M. **Roussel** pense que la pellagre est toujours produite par l'usage du maïs altéré, mais d'autres observateurs pensent autrement, et, dans l'état actuel de la science, rien n'établit que la pellagre soit une maladie purement spécifique, ni ne reconnaissant qu'une seule et même cause.

Parmi les causes figure l'alimentation par le maïs altéré, mais à côté peuvent trouver place également toutes les causes capables d'engendrer la misère physiologique, et particulièrement l'alcoolisme.

M. **Hardy** proteste, au nom de la clinique, contre les théories trop absolues de M. **Th. Roussel.**

M. **Lancereaux** partage entièrement l'opinion de M. **Th. Roussel.** Il y a, suivant lui, au-dessus de l'anatomie pathologique et de la clinique, la cause spécifique qui ne permet pas de rattacher la pellagre à la série des causes banales telles que l'alcoolisme et la misère. Il a vu à Milan des pellagreux à l'état aigu, et plusieurs présentaient les apparences de l'alcoolisme, mais on n'a pas cru que les pellagreux de la Lombardie fussent des alcooliques.

Dans le cas particulier du malade de M. **Hardy**, il y a des lésions évidentes de l'alcoolisme, et l'altération spéciale de la peau, incapable par elle-même de caractériser, la pellagre n'était pas autre chose que le résultat de troubles trophiques dépendant de la cause alcoolique.

M. **Noël Guéneau de Mussy** pense comme M. **Lancereaux** que la nature de la cause est bien plus importante que celle des manifestations phénoménales, pour constituer nosologiquement une espèce morbide. M. **Guéneau de Mussy** a été frappé, en écoutant l'observation de M. **Hardy**, de l'analogie que présentent les dépôts pigmentaires que l'on a signalés dans la maladie d'**Addison**, et qui sont les effets d'un trouble pathologique ayant son origine dans une irritation d'un plexus solaire, comme la pigmentation de la peau des femmes enceintes.

M. **Peter** lit le discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. **Maurice Raynaud.** Cette lecture est accueillie avec des marques d'approbation.

M. **Lancereaux** termine la lecture de son rapport sur les épidémies.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 *juin* 1881. — Présidence de M. DE SAINT-GERMAIN.

Abcès froids. — M. **Terrillon**, après MM. Le Dentu et Nicaise, cite un cas d'abcès froid, où il put extraire par l'aspirateur un liquide visqueux, transparent, renfermant à peine quelques flocons fibrineux. Cet abcès était survenu chez un homme de 42 ans, à la suite d'un traumatisme; l'abcès, développé dans la fosse sous-épineuse, fut ouvert par le thermo-cautère; sa surface cautérisée énergiquement. Le malade guérit. L'omoplate n'était nullement atteint.

M. **Verneuil** trouve que l'observation précédente ressemble plutôt à une gomme syphilitique qu'à un abcès froid. Il cite deux cas, l'un, tiré de sa pratique personnelle, l'autre, des Archives de Langenbeck, dans lesquels une énorme tumeur fluctuante de l'omoplate, simulant un abcès froid ou un cancer, renfermant un liquide transparent et visqueux, analogue à la synovie, guérit en trois mois par le traitement mixte.

M. **Terrillon** appuie son diagnostic sur les particularités suivantes : la paroi du kyste était très épaisse, et revêtue intérieurement de débris pultacés; le liquide était véritablement enkysté, sans aucune tendance à l'ulcération, comme il est de règle dans les gommes.

M. **Lefort** insiste sur l'utilité des badigeonnages iodés. Il cite plusieurs cas de guérison d'abcès froids, à la suite de cette pratique, prolongée pendant un grand nombre de mois.

M. **Ledentu** pense que la transparence du liquide des abcès froids est assez fréquente, quelquefois au début, plus souvent vers leur terminaison. Cette modification constitue un des modes de guérison naturelle de ces affections. La transparence de ce liquide ne suffit pas pour en déduire la nature syphilitique.

Kystes dermoïdes du plancher de la bouche. — M. **Nicaise**, au début de la séance, a raconté l'histoire d'une petite fille de cinq ans, qu'il a opérée d'un kyste dermoïde. Ce kyste, placé sous la langue, avait le volume d'une noisette, et paraissait indépendant du maxillaire inférieur. Sa dissection en fut extrêmement facile; mais le kyste était rattaché au maxillaire par un cordon, qui allait s'insérer aux apophyses géni et qui présentait un canal offrant la constitution de la peau. Ce cordon fut laborieusement isolé, et réséqué près de l'os.

M. **Polaillon** fait un rapport sur la même maladie, observée par M. Combalat (de Marseille) sur un homme de 31 ans. Ce kyste, dont le début remontait à l'enfance du malade, avait atteint progressivement le volume d'une mandarine, il faisait saillie sous la langue et à la région sus-hyoïdienne exactement sur la ligne médiane. Une ponction exploratrice ramena un produit sébacé. Une incision fut faite parallèlement à l'arcade dentaire. La dissection de la tumeur fut très facile; le pédicule, adhérent au maxillaire inférieur, entre les muscles génio-glosses, fut réséqué à son point d'implantation. Le microscope prouva la nature cutanée de la surface du kyste cellules épithéliales, graisses, poils, etc.). La guérison eut lieu sans accident, et sans récidive.

M. **Desprès** pense avec M. Duplay qu'il est impossible de confondre les kystes dermoïdes avec la grenouillette. Il est plus facile de les prendre pour des lipomes du plancher de la bouche; mais vu la rareté de ces derniers, il est plus prudent de se rattacher au diagnostic de kyste dermoïde dans les cas douteux.

A l'incision transversale qui expose à la blessure du canal de Warthon il préfère l'incision antéro-postérieure, pour la dissection du kyste.

Applications chirurgicales de la bande de caoutchouc — M. **Sée** lit une une notice sur l'emploi de la bande de caoutchouc vulcanisé dans un certain nombre d'affections : œdèmes cardiaques ou albuminuriques, œdèmes douloureux, dus à la compression des veines par des ganglions dégénérés, épanchements sanguins ; — épanchements séreux intra-articulaires ; — indurations sous-cutanées, suites de phlegmons ; — inflammations phlegmoneuses au début ; — fistules ecthymateuses, ulcères; — plaies avec sutures métalliques et tentative de réunion immédiate. — Associée au pansement des Lister, la compression élastique donne d'excellents résultats, en assurant le contact des tissus cruentés.

La compression devra être modérée; les tours de bande se recouvriront dans le tiers de leur hauteur.

M. **Verneuil** demande si, dans les œdèmes refoulant une quantité de liquides aussi considérable que celle qui infiltre les membres inférieurs, on ne court pas le risque de provoquer des accidents urémiques.

M. **Pozzi** se rappelle avoir observé dans le service de Broca un homme atteint d'éléphantiasis; il fut traité par la bande de caoutchouc appliqué par-dessus une couche d'ouate. Il partait quinze jours après, tout à fait amélioré.

Polype naso-pharyngien — M. **Ledentu** présente un jeune garçon atteint de polype naso-pharygien. — Il l'a traité l'année dernière par une application de flèches de Canquoin après avoir ouvert la voûte palatine. La tumeur tomba tout entière à la suite de cette unique application caustique. Mais, depuis, le malade éprouve les symptômes d'une atrophie papillaire double, en même temps que la face est soulevée à droite, au niveau de la fosse zygomatique. La tumeur, qui a évidemment récidivé, est inaccessible par les voies naturelles. Que faut-il faire ?

M. **Lefort** conseille de l'attaquer par la voie faciale et la traiter par l'électrolyse.

Périostite phlegmoneuse diffuse. — M. **Nicaise** présente les pièces anatomiques d'un malade, mort accidentellement dans son service, et qui était atteint depuis 41 ans d'une fistule phlegmoneuse diffuse du fémur. On peut voir un énorme séquestre immobile dans l'épaisseur de cet os, et qui entretenait une suppuration indéfinie.

Gaston LUTY.

NOUVELLES

— Faculté de médecine de paris. — *Concours pour les clinicats.* — Les candidats suivants se sont fait inscrire :

Clinicat de médecine : MM. Ballet, Clozel de Boyer, Decaisne, Dreyfous, Jean, Leroux (Charles), Leroux (Henri), Robin, Stackler et Talamon.

Clinicat de chirurgie : MM. Duret, Henriet, Lataste, Picqué, Redard et Schwartz.

Clinicat d'ophthalmologie : MM. Bacchi, Bellouard et Picqué.

— *Concours pour le prosectorat.* — Ce concours s'est terminé par la nomination de MM. Brun et Jarjavay.

NÉCROLOGIE

Le Dr Maurice Raynaud.

Le Dr M. Raynaud vient de mourir; c'est une grande perte pour le corps médical, pour ses amis, pour tous ceux qui l'ont connu. M Raynaud, à peine âgé de 47 ans, était dans toute la force de son talent.

Déjà, à plusieurs reprises, il avait ressenti les atteintes d'une affection cardiaque, mais son ardeur infatigable ne devait céder qu'à la dernière extrémité et la mort seule pouvait l'arracher à ses malades et à ses travaux.

Mercredi dernier, il paraissait plus gai, mieux disposé que jamais ; il se reposait, à sa campagne de Bellevue, des fatigues de la journée, il jouait avec ses enfants, suprême satisfaction de sa vie, lorqu'il ressentit une douleur poignante sur la région du cœur, douleur qui n'était que le prélude d'une attaque d'angine de poitrine qui devait si fatalement se terminer par la mort. Dès la première atteinte du mal, il se sentit perdu et, fidèle aux principes qui guidèrent toute sa vie, il fit appeler un prêtre et un médecin, le prêtre d'abord, le médecin ensuite. Deux heures après il était mort, malgré les soins dont il fut entouré. Ainsi se terminait brusquement cette vie si laborieuse et si bien remplie dans tous ses instants.

Quiconque l'a vu à l'œuvre a pu le juger

Quelle passion dans ses travaux ! Quelle ardeur infatigable dans les soins qu'il prodiguait à ses malades ! Aussi est-il rapidement devenu un savant parmi ses confrères et un médecin aimé parmi ses malades. Mort, il laisse parmi tous un véritable regret.

Fils d'universitaire, M. Raynaud fit de brillantes études classiques, couronnées par le double diplôme de licencié ès-lettres et de licencié ès-sciences naturelles.

Il paraissait destiné à suivre la carrière universitaire, mais, entraîné par ses goûts, il quitta l'école normale et commença ses études médicales sous la direction de son oncle Vernois. Reçu interne en 1857, médaille d'or en 1860, il passa en 1862 sa thèse pour le doctorat, intitulée : *De l'asphyxie locale et de la gangrène symétrique des extrémités*, sujet aujourd'hui devenu classique et auquel il attache son nom. C'est pendant cette même année qu'il soutint devant la Faculté des lettres de Paris deux thèses pour le doctorat, la première écrite en latin et intitulée : *De Asclepiade Bittihuyo medico ac philosopho*; la seconde ayant pour titre : *Les médecins au temps de Molière*, étude dans laquelle il expose les mœurs, les institutions et les doctrines des médecins du XVIIe siècle.

Il concourut une première fois pour l'agrégation à la Faculté de médecine en 1863; le sujet de sa thèse était le suivant : *Sur les hyperémies non phlegmasiques*; mais il ne fut nommé agrégé qu'en 1866, à la suite d'un brillant concours dont il sortit premier, après avoir soutenu une thèse remarquable sur « *la révulsion* ».

Dès 1865, il avait été nommé médecin des hôpitaux. A l'hôpital Lariboisière, et dernièrement à la Charité, ses leçons étaient assidûment suivies, et devenaient un véritable centre d'instruction. Ces leçons, qu'il était occupé à rédiger, devaient bientôt paraître en un volume.

En dehors de ces divers travaux que nous venons d'analyser, M. Raynaud collaborait activement à la publication du Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques; ses articles sur le *cœur*, le *péricarde*, *l'érysipèle*, la *gangrène* et bien d'autres, sont de véritables monographies. Nous signalerons enfin les intéressantes expériences qu'il fit en 1878 sur la *vaccine*, dans le but de rechercher le mode et la voie du virus vaccinal. Rapprochons de ces expériences celles qu'il entreprit récemment sur le *virus rabique.*

Dernièrement, encore, à l'Académie de médecine, il étudiait le traitement du rhumatisme cérébral par les bains froids, et sut, par le charme de sa parole et par l'intérêt de son discours, main tenir l'attention de l'Académie pendant deux séances entières. Tout le monde se souvient aussi de sa campagne oratoire en faveur des bains froids, employés pour combattre l'hyperthermie dans la fièvre typhoïde.

Enfin, invité à faire une conférence au Congrès qui va s'ouvrir à Londres, il devait représenter la médecine française chez nos savants voisins. Après avoir hésité entre les deux sujets suivants : *Des germes et des virus*, ou bien, *Du scepticisme en médecine*, il s'était arrêté, je crois, au dernier; sujet qui, à tous égards, lui eût permis de déployer ses talents de médecin et de lettré.

M. Raynaud était aussi littérateur et philosophe. Son étude sur les médecins au temps de Molière nous le montre sous ces deux aspects. Dans ce livre, les doctrines philosophiques et médicales du XVIIe siècle sont exposées et discutées avec toute l'autorité que donne le véritable savoir. Les connaissances approfondies de la littérature française, et aussi de la littérature médicale, le destinaient à la chaire de l'histoire de la médecine. Peut-être, s'il eût vécu plus longtemps, cette légitime ambition de toute sa vie eût-elle été satisfaite. Déjà l'Académie de médecine lui avait ouvert ses portes (4 février 1879); peut-être l'École eût-elle, à son tour, fait de lui un professeur. Entouré d'une famille qu'il chérissait, çà été là le seul chagrin de toute sa vie.

M. Raynaud était un catholique croyant. Convaincu, il ne craignait point d'affirmer ses opinions. Aussi, lorsque l'année dernière, il se présenta aux élections municipales, sûr de son échec, il ne crut pas devoir reculer et fuir aux pressantes sollicitations de ses amis.

Comme homme, M. Raynaud était bon et généreux, toujours prêt à être utile à quiconque avait besoin de lui. Aussi tous ceux qui, comme nous, ont vécu dans son intimité, tous ceux qui l'ont véritablement connu, ont-ils pu trouver en lui toutes les qualités du cœur, qui, jointes aux qualités de l'esprit, en faisaient le meilleur des hommes et le meilleur des maîtres. Il laissera un souvenir qui, comme ses œuvres, ne périra jamais.

Dr Ch. Leroux.

— Chantreuil (Gustave), professeur agrégé de la section d'accouchements, a succombé, le 30 juin, à une péritonite suraiguë.

Né à Cateau-Cambrésis (Nord), en 1841, il était fils d'un très honorable praticien qui a quitté sa clientèle de province pour venir s'en créer une autre à Paris, ce qui lui permettait de guider les premières études de son fils.

En 1865, Chantreuil était reçu interne des hôpitaux, et ses goûts

le portaient du côté des accouchements; il fit une partie de son internat à la Maternité. Le 16 juin 1869, il soutint sa thèse : *Sur les déformations du bassin chez les cyphotiques au point de vue de l'accouchement.* C'était un sujet encore peu étudié; aussi. ce travail *ex professo* doit être considéré comme le plus complet que nous possédions. Après avoir jeté un coup d'œil général sur les rétrécissements du détroit inférieur, sur leur importance, sur les cas dans lesquels ils sont observés; après en avoir fait l'historique, il étudia cette question sous les points de vue anatomique et pathogénique, avant d'en venir à la partie clinique. En 1870, il publia deux nouveaux cas de déformation cyphotique du bassin.

En 1872, Chantreuil, étant chef de clinique d'accouchements, se présenta à l'agrégation, et soutint son argumentation sur les Applications de l'histologie à l'obstétrique. Il échoua. Trois ans après, en 1875, il fut plus heureux. Sa thèse avait pour sujet : Des dispositions du cordon (la procidence exceptée) qui peuvent troubler la marche régulière de la grossesse et de l'accouchement.

Chantreuil s'était fait promptement une situation brillante dans la gynécologie, comme praticien et comme écrivain. A la Faculté, il était chargé du cours d'accouchements pour les sages femmes et suppléait le professeur Pajot, périlleuse mission que d'avoir à remplacer l'un des professeurs les plus populaires de la Faculté.

Malgré les soucis de la clientèle et de l'enseignement, Chantreuil avait sa place comme écrivain.

On a de lui :

Etude sur quelques points d'hygiène hospitalière (Arch. de méd., 1868).

Du cancer de l'utérus au point de vue de la conception, de la grossesse et de l'accouchement, 1872.

Clinique d'accouchements, leçons faites à l'hôpital des Cliniques, par Guéniot, recueillies et publiées par G. Chantreuil, 1873

Clinique obstétricale et gynécologique de Simpson, trad. de l'anglais par Chantreuil.

Outre sa collaboration aux Archives de Tocologie, fondées par le professeur Depaul, Chantreuil publiait avec M. Tarnier un Traité d'accouchements, dont le premier fascicule avait paru en 1878.

Chantreuil était un praticien instruit, d'un esprit fin. La *France médicale* le comptait au nombre de ses collaborateurs.

(*France médicale.*) A. Corlieu.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Chirurgie antiseptique, principes, modes et application et résultats; du pansement de Lister, par Just Lucas-Championnière, chirurgien de la maternité de l'hôpital Cochin. Deuxième édition, entièrement refondue, 1880, 1 vol. in-18, 300 pages avec 15 figures dans le texte; 5 fr. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.

Du rôle de la fièvre dans la genèse des maladies aiguës et du traitement préventif de ces maladies. Propositions de médecine pratique, par L. A. Frogé, docteur de la Faculté de médecine. Paris, 1880, in-8 de 213 pages; 4 fr. Librairie J.-B. Baillière et fils.

Traité de chimie biologique, par M. Ad. Wurtz; première partie, avec figures dans le texte; 1 vol. in-8, 7 fr. E. Masson, libraire de l'Acaddmie de médecine, 120, boulevard Saint-Germain, en face de l'Ecole de médecine.

Essai sur les temperatures locales dans les affections chirurgicales, par le Dr Parizot; in-8, 2 fr. 50. Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Contribution à l'étude de l'étiologie de la cataracte, par le Dr Ulmann. in-8, 3 fr. Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Le Propriétaire-Gérant : V. Cornil.

Mode d'essai de la Pepsine et de la Diastase Mourrut.

Monsieur le Docteur,

Permettez-moi de soumettre à votre appréciation une préparation encore peu répandue, mais qui, par les services qu'elle rend depuis environ huit ans aux médecins qui la prescrivent et aux malades qui l'emploient, est appelée à un grand avenir.

Les **Cachets digestifs** de **Mourrut**, que je tiens à faire connaître au corps médical, sont un mélange de **Pepsine** et de **Diastase** en proportions suffisantes pour assurer la digestion d'un repas aux personnes atteintes d'affections du tube digestif; les deux ferments employés sont toujours titrés physiologiquement et d'une action constante.

Je n'insisterai pas sur l'association de ces deux agents et sur leur utilité en thérapeutique, qui a été récemment établie d'une manière irréfutable par de grands savants; le point important en médecine, c'est la forme du médicament et la certitude de son action.

Les **Cachets digestifs** de **Mourrut** se conservent bien et agissent aussitôt qu'ils se trouvent en contact avec le bol alimentaire.

Vous pouvez du reste vous en convaincre facilement, par l'essai de digestion artificielle suivant :

1° **Essai de la Pepsine.** — 4 grammes de fibrine humide, bien essorée, introduits dans un flacon contenant 15 grammes d'eau acidulée par 4 gouttes d'acide lactique ou chlorhydrique, sont complètement digérés en quelques heures par un de ces cachets à la température de 45° environ.

2° **Essai de la Diastase.** — Un cachet mis en contact avec 400 grammes d'empois, contenant 20 grammes d'amidon, donne un liquide filtrant facilement, après quelques heures de séjour dans un bain-marie à 40°; 1 centimètre cube de ce liquide décolorera 5 fois son volume de liqueur de Fehling.

N. B. — On peut simplifier ce mode opératoire en utilisant le premier cachet employé pour l'essai de la pepsine; il suffira de neutraliser la liqueur avec un peu de bicarbonate de soude; vous pourrez constater aussitôt que la diastase, dont l'action saccharifiante était momentanément masquée par la présence d'un acide, a repris sa propriété dans un milieu neutre ou alcalin.

Ce fait a, du reste, été mis en lumière il y a quelques années et établit, d'une façon irréfutable, l'avantage de la diastase sur la pancréatine.

Voici comment s'exprime, à cet égard, le Dr Révillout dans la *Gazette des hôpitaux* :

« Le fait le plus saillant découvert ainsi, est la différence capitale qui sépare à ce point de vue la pancréatine et la diastase; cette dernière, recouvrant toutes ses propriétés après un séjour prolongé dans un milieu acide, tandis que la pancréatine, en pareil cas, les a perdus sans retour d'une manière définitive.

(*Gazette des hôpitaux*, 14 août 1879.)

Recevez, Monsieur le Directeur, l'assurance de ma parfaite considération.

COLOMER, dépositaire à Paris.

MM. les Médecins qui n'auront pas encore reçu la petite boîte-échantillon des Cachets Mourrut sont priés d'en faire la demande à M. Colomer, qui s'empressera de la leur adresser.

Paris. — Typ. A. PARENT. A. DAVY, Succr, rue M.-le-Prince, 31.

Peptones pepsiques à la viande DE BŒUF

de CHAPOTEAUT, pharmacien de première classe de la Faculté de Paris.

Ces peptones, très pures, préparées avec un soin extrême, ne contiennent que la viande de bœuf digérée et rendue assimilable par la *Pepsine gastrique*. Avant de sortir de nos laboratoires, elles sont amenées à leur extrême état de concentration, puis enfin titrées à 35 p. 100. Elles possèdent un pouvoir alimentaire énorme et exercent sur l'économie une action nutritive intense.

Il ne faut pas les confondre avec d'autres peptones, plus ou moins répandues dans le commerce, obtenues avec les pancréas de porc, possédant une odeur nauséabonde, une saveur désagréable, susceptibles de fermenter ou de se putréfier, contenant beaucoup de matières étrangères et peu de viande peptonisée, 8 à 15 p. 100.

Les deux préparations suivantes ont été établies dans le but de faciliter l'emploi des peptones pepsiques, et de répondre à toutes les indications thérapeutiques. Ce sont :

CONSERVE DE PEPTONE de Chapoteaut.

Ce produit est neutre, aromatique, se conserve bien, se prend en gelée à la température de 15°, et se liquéfie à 35°. Il contient par cuillerée à café le double de son poids de viande de bœuf. Il s'administre pur ou dans du bouillon, du vin sucré, des confitures, des sirops, et sous forme de lavements alimentaires.

VIN DE PEPTONE DE CHAPOTEAUT.

Ce vin contient, par verre à bordeaux, la peptone pepsique de 10 grammes de viande de bœuf. Il est d'un goût très agréable, et constitue un excellent aliment que les malades acceptent avec plaisir. On le prend au commencement des repas, à la dose de un ou deux verres.

Indications principales. — Anémie, dyspepsie, cachexie, débilité, atonie de l'estomac et des intestins, convalescence, alimentation des nourrices, des enfants, des vieillards, des diabétiques et des phthisiques.

Gros : CHAPOTEAUT, pharmacien, 8, rue Vivienne ; Détail : pharmacie Vial, 1, rue Bourdaloue ; pharmacie Pommiès, 118, rue du Faubourg-Saint-Honoré, et dans les principales pharmacies de France et de l'étranger.

POUDRE PERRO-MANGANIQUE
De BURIN DU BUISSON

Pharmacien, lauréat de l'Acad. de médecine.

Il suffit d'une petite quantité de cette poudre dans un verre d'eau pour obtenir instantanément une eau ferrugineuse, minérale, gazeuse, très agréable, qui se boit aux repas mélangée avec le vin. Elle est d'une efficacité constante dans toutes les affections qui réclament l'emploi de la médication ferrugineuse, et convient surtout aux personnes qui ne peuvent digérer les préparations ordinaires du fer. Elle a sur toutes les autres l'immense avantage de ne pas provoquer de constipation et de contenir du manganèse, que les savants considèrent comme indispensable au traitement par les ferrugineux.

Dépôt à Lyon, pharmacie Gavinet, et dans toutes les pharmacies.

MALADIES DE POITRINE

Guérison par les
SIROPS D'HYPOPHOSPHITE de SOUDE ou de CHAUX du Dr CHURCHILL.

Nombreuses attestations médicales.

Prix : 4 fr. le flacon, avec instruction.

Pharm. **SWANN**, 12, r. Castiglione, Paris.

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DE DUCRO
VIANDE CRUE ET ALCOOL

Phthisie, Anémie, Convalescence.

Gros : Paris, 20, place des Vosges.—Détail : Toutes les Pharmacies.

Capsules Dartois
A LA CRÉOSOTE DE HÊTRE

Formule { Créosote pure .... 0.05 ; Huile de foie de morue blanche .... 0.20 } par Capsule.

Ces Capsules, qui ont la grosseur d'une pilule ordinaire, sont prises facilement et bien supportées par tous les malades. Leur formule est reconnue la meilleure par les Médecins qui les ont ordonnées. — *Doses : de 4 à 6 par jour.* — Faire boire, immédiatement après, un demi-verre de lait cru, eau rougie ou tisane.

Le Flacon : 3 fr. — 97, *RUE DE RENNES, PARIS, et les Pharmacies.*

PILULES DE PEPSINE DE HOGG

La forme pilulaire est à la fois le mode le plus facile et le plus sûr d'administrer la pepsine ; ce précieux médicament est, sous cette forme spéciale, mis à l'abri du contact de l'air et ne peut s'altérer ni perdre de ses propriétés, son efficacité est alors certaine.

Ces pilules sont de trois préparations différentes, ayant pour base la pepsine.

1° **PILULES de HOGG à la Pepsine pure acidifiée**, 2° **PILULES de HOGG à la Pepsine et au fer réduit par l'hydrogène ;** 3° **PILULES DE HOGG à la Pepsine et à l'iodure de fer.**

La Pepsine par son union au fer et à l'iodure de fer, modifie ce que ces deux agents précieux avaient de trop excitant sur l'estomac des personnes nerveuses ou irritables.

Pharmacie HOGG, 2, rue Castiglione, à Paris, et dans les principales Pharmacies.

ÉPILEPSIE — HYSTÉRIE — NÉVROSES

BROMURE DE ZINC

Chimiquement pur de FREYSSINGE, Ph. Paris 97 r. Rennes

Le *Bromure de Zinc* n'est ni caustique ni vénéneux il est plus efficace que le Bromure de Potassium et ne produit ni acnée ni anémie bromurique. —Doses : de 1 à 5 grammes par jour.

SIROP de Br. de Zinc à l'écorce d'or. amère, 0g50 p. cuillerée
PILULES de Br. de Zinc, contenant chacune 20 centigr.
PILULES de Br. de Zinc arsenical, contenant chacune 0g05 de Br. de Zinc et 0g01 de Br. d'arsenic De 1 à 5 p. jour.

VIANDE ET QUINA

L'Aliment uni au plus précieux des toniques.

VIN AROUD AU QUINA

Et à tous les principes nutritifs solubles de la VIANDE

LE FORTIFIANT PAR EXCELLENCE

DES PHTHISIQUES, ANÉMIQUES, ENFANTS DÉBILES, Convalescents, Vieillards, Personnes délicates

5 fr.—Dépôt Gal chez J. FERRÉ, succr de Aroud 102, rue Richelieu, PARIS, et toutes pharmacies.

Compie Génle de PRODUITS ANTISEPTIQUES
26, Rue Bergère, PARIS

ACIDE SALICYLIQUE
ET SALICYLATES
de SCHLUMBERGER et CERCKEL

Salicylate de **SOUDE**
Salicylate de **QUININE**
Salicylate de **LITHINE**
Salicylate de **BISMUTH**
Salicylate de **ZINC**

TARTRO SALICYLATE DE FER ET DE POTASSE



PANSEMENT
ANTISEPTIQUE
MÉTHODE LISTER

Les pièces nécessaires au pansement par la Méthode Lister préparées **par la Fabrique internationale d'objets de pansement à Montpellier**, se trouvent à *Paris*, chez M. **MARIAUD**, 41, boulevart Saint-Michel et chez M. **FAVRE**, 1, rue de l'École de Médecine.

COQUELUCHE

guérie sûrement et promptement par le

SIROP BENZOIQUE

au Bromure d'Ammonium de Ch. SERRES, Phcien
Dépôt : 4, rue Bourg-Tibourg, Paris.
ET DANS TOUTES BONNES PHARMACIES

BAIN DE PENNÈS

HYGIÉNIQUE, RECONSTITUANT, STIMULANT

Remplace **Bains alcalins, ferrugineux, sulfureux**, surtout les **Bains de mer**

ÉVITER CONTREFAÇns EN EXIGEANT TIMBRE DE L'ÉTAT
DÉTAIL : rue des Ecoles 49, Pharmacies, Bains.
GROS : 2, rue Latran, PARIS

OVULES SUÉDOIS

Sont des Pilules perfectionnées de térébenthine fine de Mélèze.

Ces pilules, du poids de 40 centigr., renferment 30 centigr. de térébenthine naturelle, possédant toute son essence. De toutes les préparations de *térébenthine*, c'est la seule active, ne causant aucune répugnance.

La térébenthine ainsi administrée doit former la base de tout traitement rationnel du catarrhe vésical, coliques hépatiques, gonorrhée, etc.

La boîte de 80 ovules : 4 fr. dans toutes les pharmacies.